公益性岗位补贴和社保补贴发放人员名单

申请单位名称（章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 就业失业  登记证号 | 联系电话 | 实发工资 | 补贴月度 | 申请金额 | | | | 实际补贴金额 | | | | 补贴  时间 | 备注 |
| 岗位  补贴 | 养老  保险  补贴 | 医疗保险补贴 | 失业保险补贴 | 岗位  补贴 | 养老  保险  补贴 | 医疗保险补贴 | 失业保险补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：实际补贴金额由就业服务管理机构审核后填写

初核人： 年 月 日 复核人： 年 月 日

四川省公益性岗位补贴和社保补贴

申报审批表

申报时间： 受理经办人： 申报编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称  （章） | |  | | 单位地址 | | | |  | |
| 开户银行 | |  | | 账号 | | | |  | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | | | |  | |
| 申请补贴月度 | | 年 月至 月 | | | | | | | |
| 申请岗位补贴  人数 | |  | | 申请岗位补贴  金额（元） | | | |  | |
| 申请社保  补贴人数 | 养老 |  | | 申请社保  补贴金额  （元） | | | 养老 |  | |
| 医疗 |  | | 医疗 |  | |
| 失业 |  | | 失业 |  | |
| 以上表格内容由申请人填写 | | | | | | | | | |
| 就业服务管理  机构审核意见 | | 经办科（处） | | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | |
| 人社部门审批  意见 | | 经办科（处） | | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | |
| 公示情况 | |  | | | | | | | |
| 资金拨付情况 | | 财政部门 | | | 就业服务管理机构 | | | | |
| 下拨时间 | 金额 | | 拨付时间 | | | | 金额 |
|  |  | |  | | | |  |
| 备注 | |  | | | | | | | |

**注：财政部门下拨时间和金额栏由就业服务管理机构根据财政部门下拨情况填写。**

附：公益性岗位补贴和社保补贴发放人员名单